FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Augustin LECŒUR**

Né à Decize (Nièvre), le 15 avril 1883
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

# CÉPHALÉE SYPHILITIQUE OPHTALMOPLÉGIQUE

*Président :* M. DE LAPERSONNE, *professeur*.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1910

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

| PROFESSEURS | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL, DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | |
| Clinique chirurgicale | DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GREGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BROCA (A.) | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIERRE |
| CAMUS | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LECENE | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

(*Externat 1905*)

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

(*Externat 1906*)

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

Médecin de l'Hôtel-Dieu

(*Externat 1906-1907*)

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINON

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

(*Externat 1907-1908*)

MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

(*Externat 1908-1909*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

(*Externat 1909*)

MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD

Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon

(*Externat 1910*)

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/cephaleesyphilit0000vari

# CÉPHALÉE SYPHILITIQUE

## OPHTALMOPLÉGIQUE

---

### INTRODUCTION

Pendant le stage d'externat, que nous avons accompli à l'hôpital Beaujon, dans le service d'ophtalmologie de notre maître, M. Poulard, nous avons été frappé par la fréquence d'une forme de syphilis cérébrale, caractérisée par deux symptômes associés : une paralysie oculo-motrice et de la céphalée. A cette forme de syphilis, dont notre but est de faire l'étude, nous avons donné, sous l'inspiration de notre chef, le nom de céphalée syphilitique ophtalmoplégique.

Prises isolément, la céphalée syphilitique et la paralysie oculaire syphilitique sont bien connues et bien étudiées. Mais le syndrome constitué par l'association de la céphalée à la paralysie mérite, croyons-nous, une attention particulière, et son étude est intéressante à plusieurs points de vue.

La céphalée ophtalmoplégique est fréquente, et le nombre des observations que nous joignons à ce travail montre qu'on la rencontre souvent dans un service d'ophtalmologie. Son aspect clinique est si précis, qu'il n'est pas possible, non seulement au spécialiste, mais aussi au médecin de méconnaître son existence.

Le syndrome céphalée ophtalmoplégique, quand il est constaté, n'est pas toujours attribué à sa véritable cause. On rattache son apparition à une foule d'états pathologiques qui n'y sont pour rien, et le rhumatisme, la plupart du temps, en endosse la responsabilité. Il faut savoir que, dans la majorité des cas, la céphalée ophtalmoplégique est une céphalée syphilitique ophtalmoplégique, ayant donc pour cause une syphilis connue ou ignorée du sujet.

La présence du syndrome, céphalée syphilitique ophtalmoplégique, dénote chez le malade qui en est porteur l'existence d'une lésion cérébrale syphilitique. Il constitue un premier signe de syphilis cérébrale et un premier pas vers l'installation de lésions nerveuses futures plus graves et plus diffuses, paralysie générale, tabes. En se montrant, il indique l'apparition possible de ces lésions nerveuses et comme conséquence la nécessité d'un traitement qui sera, non seulement curateur de l'état actuel, mais encore préventif de lésions graves ultérieures.

# ÉTUDE DU SYNDROME

## LA CÉPHALÉE

Le symptôme qui apparaît le premier est, dans la grande majorité des cas, la céphalée. Une seule fois, sur les onze malades que nous avons observés nous-même, la céphalée a suivi la paralysie, les dix autres fois elle l'a précédée. La céphalée apparaît donc en général avant les troubles visuels. C'est une douleur, modérée au début, violente au moment des crises, mais supportable dans les intervalles. Elle n'inquiète pas outre mesure le malade qui la traite par les calmants habituels des maux de tête ; tant qu'il n'a que sa douleur, nous ne voyons pas le malade. C'est seulement à l'éclosion de la paralysie oculaire qu'il vient à l'hôpital, effrayé de voir double ou trouble. Et c'est alors, en l'interrogeant, que l'on trouve soit à une époque plus ou moins rapprochée, soit existant encore actuellement, la céphalée, premier symptôme.

Cette céphalée présente plusieurs caractères qu'il nous faut étudier.

Et tout d'abord, la douleur ne présente pas « une forme définie » ; elle emprunte différentes modalités suivant les sujets, et le malade, interrogé, représente son mal de façon variable. Parfois c'est une sensation d'alourdissement cérébral, de pesanteur, d'abasourdissement. Dans d'autres circonstances il y a pression, sensation d'un poids écrasant, et souvent le malade met la main à plat sur le sommet de sa tête, et se pèse sur le crâne joignant à ses explications, cependant claires, un geste des plus significatifs. Parfois encore, il y a sensations de coups de marteau, de tenaillements.

Le second caractère présenté par la céphalée est d'être localisée et nettement localisée. Sans hésiter le malade indique l'endroit précis où siégeait et siège encore la douleur. Cette douleur reste fixe en effet dans une région du crâne. Si nous nous reportons aux observations, nous voyons, en effet, les localisations bien nettes, occupées par la céphalée, suivant les sujets. La zone douloureuse peut être la région frontale, la région occipitale, la région temporale. Elle peut occuper deux de ces régions, être fronto-pariétale, pariéto-occipitale. Parfois même la douleur peut avoir un siège encore plus étendu, s'emparer de toute une moitié de la tête, être hemi-fronto-pariéto-occipitale, prendre la forme d'une couronne encerclant la tête dont elle laisse libre le sommet, ou bien encore revêtir la forme d'une calotte placée au sommet du crâne, ou d'un fer à cheval frontobi-pariétal. D'une façon

générale, il n'y a donc pas de région unique spéciale. Le territoire douloureux est différent suivant les sujets, mais chez le même sujet la céphalée est remarquablement stable dans ce territoire.

Une question peut se poser dès lors, conséquence de ce que nous venons de dire. Y a-t-il un rapport entre le côté douloureux et le côté de la paralysie oculaire. Sans vouloir tirer de conclusions, étant donné le petit nombre de cas, nous pouvons dire que trois fois dans nos observations, la douleur était localisée d'un seul côté (obs. I, III, XXII), et que la paralysie, ces trois fois, se produisit du coté douloureux.

Ainsi nettement localisée, la céphalée qui nous occupe présente encore comme caractère d'être « profonde » et « intense ». C'est en effet une douleur profonde. Le malade souffre dans l'intérieur de la tête, dans le cerveau. En explorant minutieusement les différentes régions de la boîte cranienne, on n'arrive nulle part à découvrir la présence d'une lésion osseuse qui expliquerait le mal. La pression sur le trajet des différents nerfs n'éveille à aucun moment une vive douleur. Il n'y a pas de lésions osseuses, et rien n'indique l'irritation d'un nerf superficiel. La cause de la céphalée n'est pas à l'extérieur, elle est dans l'intérieur du crâne comme l'indique le malade.

Cette céphalée, profonde comme origine, est, d'autre part, remarquablement intense. La douleur est une douleur violente, tous les malades sont affirmatifs

sur ce point. « Ces douleurs sont fortes à crier », dit une malade (obs. I). Le moindre mouvement un peu brusque éveille des élancements douloureux. Il semble au malade qu'on lui frappe le crâne avec un marteau, qu'on lui écrase la tête dans un étau. Le sommeil devient difficile, impossible souvent. Cette violence de la douleur entraîne à sa suite un état tout particulier du malade, comme nous le verrons plus loin. Sans doute la douleur n'est pas aussi forte chez tous, mais elle est cependant chez tous assez violente, pour que sa disparition par le traitement spécifique soit considérée par eux comme une véritable délivrance.

Cette intensité variable selon les sujets varie également chez le même sujet, suivant le moment de la journée. Chez certains la douleur ne disparaît pas, chez d'autres elle est constituée par des douleurs séparées, plus ou moins rapprochées les unes des autres ; parfois elle n'existe que le jour, disparaissant la nuit ; parfois elle n'existe encore que certains jours, représentée les autres jours par une simple lourdeur de tête.

Mais qu'elle appartienne à l'un quelconque de ces modes, la céphalée présente souvent cette particularité d'augmenter de violence, de marquer un maximum à certains moments du jour. Ces exacerbations se rencontrent chez beaucoup de malades, revenant d'une façon constante et parfois avec une telle constance que le malade indique l'heure exacte de leur apparition : à minuit (obs. I), à 5 heures du soir

(obs. VII). En général cependant le moment des recrudescences n'est pas aussi précis, et elles sont localisées d'une façon plus vague soit dans la journée, soit dans la nuit. Sur 11 observations détaillées que nous avons prises, 5 fois nous n'avons pu relever la présence d'exacerbations ; 6 fois, au contraire, celles-ci étaient très nettes : 1 fois la nuit, 2 fois le soir, et 3 fois dans la journée. L'exacerbation des douleurs est donc un signe assez fréquent qu'il nous faut ajouter à ceux que nous avons déjà vus.

Enfin, pour compléter l'étude de la céphalée que nous étudions, il nous reste à parler de ses deux derniers caractères, qui sont : d'une part sa persistance, d'autre part son atténuation rapide et sa disparition par le traitement mercuriel. Les douleurs existent parfois depuis fort longtemps : quatre mois (obs. VI), un an (obs. VIII). Nous avons déjà dit, en effet, que le malade ordinairement vit avec sa douleur jusqu'au jour où apparaît l'accident oculaire, date à laquelle on applique le traitement spécifique. La durée de la céphalée dépend donc, pour ainsi dire, du retard que mettra la paralysie à apparaître. Pendant tout ce temps-là, le malade souffre. S'il essaye de prendre les médicaments analgésiques ordinaires, ces médicaments restent sans effet ou ne produisent qu'une amélioration très légère et de peu de durée. Il arrive parfois que les douleurs disparaissent d'elles-mêmes, mais c'est pour peu de temps, car elles se montrent bientôt à nouveau. Pour guérir

cette céphalée, pour en débarrasser le malade, le traitement spécifique est nécessaire.

La douleur cède en effet au traitement mercuriel, plus ou moins rapidement selon les cas, mais il est rare que dès la deuxième ou la troisième piqûre, le malade n'accuse pas un mieux sensible, marqué par le retour du sommeil. Une de nos malades (obs. VI) n'avait pour ainsi dire pas dormi depuis trois mois : elle ne pouvait même pas se coucher ; il lui était impossible de reposer la tête sur l'oreiller tellement les douleurs devenaient fortes. Le traitement lui rend le sommeil rapidement. Une autre malade qui souffrait depuis un mois (obs. I) est mise au traitement le 2 juillet ; le 7, on constate une amélioration notable ; le 14 les maux de tête ont disparu.

Nous venons de voir, en particulier, chacun des caractères distinctifs de la céphalée, dans la céphalée syphilitique ophtalmoplégique. Nous pouvons tous les résumer en disant que cette céphalée est une douleur de tête variable dans les sensations qu'elle fait éprouver, mais profonde, localisée dans des régions toujours les mêmes chez le même sujet, continue avec exacerbations périodiques, habituellement très violente, d'une ténacité désespérante, et cédant avec rapidité au traitement mercuriel.

### L'OPHTALMOPLÉGIE

Le second symptôme important avec la céphalée dans la céphalée syphilitique ophtalmoplégique est la paralysie oculaire.

L'ophtalmoplégie, qui apparaît après la céphalée, peut atteindre tous les nerfs oculo-moteurs, le moteur oculaire externe, le pathétique, le moteur oculaire commun. Suivant le nerf touché, nous aurons des formes différentes d'ophtalmoplégie.

L'atteinte du moteur oculaire externe entraîne la paralysie du muscle droit externe, paralysie dont les manifestations cliniques sont de la diplopie sans déviation quand elle est légère, de la diplopie avec strabisme quand elle est accentuée.

L'atteinte du pathétique donne une paralysie du muscle grand oblique avec diplopie sans strabisme.

Enfin, pour ce qui est du moteur oculaire commun, deux cas sont à considérer. Lorsque le moteur oculaire commun est pris en entier, tous les muscles qu'il innerve seront paralysés et l'on aura du ptosis, du strabisme divergent, de la dilatation pupillaire et de la paralysie de l'accommodation. Si la paralysie au contraire n'atteint qu'une partie de ses branches de distribution, les manifestations cliniques sont les suivantes : chute isolée de la paupière si le rameau du releveur est seul interrompu ; diplopie isolée s'il existe une paralysie des muscles extrinsèques du

globe ; diplopie avec strabisme si la paralysie extrinsèque est accentuée ; enfin dilatation pupillaire si les filets nerveux de la musculature intrinsèque sont seuls atteints.

Nous devons ajouter que plusieurs nerfs oculomoteurs peuvent être intéressés en même temps. Il en résultera d'autres formes d'ophtalmoplégies, dues à ces paralysies associées et faciles à concevoir.

D'une façon générale, le malade atteint de céphalée syphilitique ophtalmoplégique, présentera donc comme trouble oculaire, accompagnant ses maux de tête, soit du strabisme avec diplopie (paralysie extrinsèque), soit de la diplopie sans strabisme (paralysie extrinsèque), soit du ptosis, soit de la mydriase avec ou sans paralysie de l'accommodation (paralysie intrinsèque).

Le strabisme résulte de la paralysie d'un des muscles extrinsèques, l'œil mal tenu par le muscle paralysé se portant du côté opposé, sous l'action du tonus du muscle antagoniste sain. Si par exemple le droit externe est paralysé, l'œil se porte en dedans du côté du nez. Le strabisme ordinairement très visible s'accentue quand on demande au malade de regarder du côté de la paralysie.

La diplopie est indiquée par le malade. Il sait qu'il voit double et le dit. Parfois cependant il se plaint de voir trouble, et dans ce cas il faut mettre la diplopie en évidence : l'occlusion d'un œil remettant de la netteté dans la vision, l'épreuve par le verre

rouge, sont des moyens bien connus pour reconnaître la diplopie et le sens de la diplopie.

La mydriase paralytique est une dilatation moyenne de la pupille, avec disparition du réflexe pupillaire à la lumière et à la convergence.

Dans la paralysie de l'accommodation, toujours ou presque toujours accompagnée de mydriase paralytique, l'œil a perdu la faculté de voir nettement les objets rapprochés. C'est une sorte de presbytie, venue brusquement. La coexistence d'une mydriase paralytique aide à en établir l'existence.

A cette description de l'ophtalmoplégie en particulier, il nous faut joindre l'étude des caractères spéciaux que cette paralysie oculo-motrice acquiert dans la céphalée syphilitique ophtalmoplégique.

Il convient de dire tout d'abord que, dans la plupart des cas, le malade qui se présente est atteint de céphalée avec diplopie, moins souvent il y a céphalée, diplopie et strabisme.

Les mydriases et les paralysies de l'accommodation sont également beaucoup moins fréquentes que la diplopie.

Enfin, la paralysie oculo-motrice peut s'associer à d'autres troubles nerveux, à des paralysies du nerf auditif, du nerf facial, du nerf optique. Ces troubles associés peuvent même être plus importants ; toute une moitié de la face ou du corps peut être paralysée en même temps, mais alors il ne peut plus être question de céphalée syphilitique ophtalmoplégique, mais bien d'hémiplégie syphili-

tique à type différent (Weber, Millard-Gubler, Foville).

L'apparition de l'ophtalmoplégie est brusque. C'est subitement, parfois en plein travail, parfois le matin au réveil, que le malade aperçoit deux objets là où il n'y en a qu'un. Si la paralysie oculo-motrice n'apparaît pas toujours aussi soudainement, elle s'établit rapidement ; c'est en peu de temps que le ptosis devient complet ou qu'une pupille se paralyse.

Enfin, de même que le traitement mercuriel est le seul traitement de la céphalée syphilitique, là encore il montrera ses effets surprenants. La guérison de l'ophtalmoplégie est plus lente, il est vrai, que la guérison de la céphalée, ou du moins pour être plus précis, c'est la céphalée qui, avant tout autre symptôme, est améliorée par le traitement dont elle indique ainsi la marche efficace, mais il n'en est pas moins vrai que l'ophtalmoplégie est guérie rapidement. C'est ainsi qu'une de nos malades (obs. I), atteinte d'une paralysie totale du moteur oculaire commun droit, vit disparaître tous ses troubles oculaires en douze jours exactement.

L'ophtalmoplégie de la céphalée syphilitique ophtalmoplégique est donc une paralysie oculo-motrice, relevant d'une atteinte des troisième, quatrième ou sixième paires craniennes, se développant rapidement ou apparaissant brusquement, et sur laquelle agit vigoureusement le traitement mercuriel.

*Symptômes secondaires.* — Les deux symptômes

prédominants de la céphalée syphilitique ophtalmoplégique sont donc la céphalée et la paralysie oculaire. Mais autour d'eux gravitent un certain nombre d'autres signes qui ont leur importance et que nous pouvons passer sous silence.

On trouve souvent chez le malade des vertiges très prononcés. Nous les avons trouvés chez 5 de nos malades. Ces vertiges apparaissent plus ou moins souvent, parfois 10 à 20 fois par jour, et tous les jours (obs. III), parfois moins fréquemment et à de plus longs intervalles. Ces vertiges apparaissent surtout dans la station debout, à l'occasion d'un mouvement brusque, quand le malade tourne violemment la tête. Il a la sensation de perdre l'équilibre, « il se sent partir » (obs. XII). Et c'est pour cette raison que l'on trouve fréquemment chez lui la peur de traverser une rue, car à ce moment il faut regarder vivement à droite, à gauche, se ranger brusquement, toutes choses qui lui donnent des vertiges. Il a peur d'être écrasé.

A côté de cet état vertigineux, il faut noter l'état nauséeux que l'on trouve quelquefois. Souvent le matin au réveil, ou après les vertiges, apparaissent des nausées assez fortes, des envies de vomir. Parfois même il y a des vomissements, vomissements sans efforts, à type cérébral.

Il faut joindre à cet état nauséeux et vertigineux, deux autres signes importants : la perte de sommeil et la perte de l'appétit.

La perte de sommeil est pour ainsi dire constante :

nous l'avons trouvée dans la grande majorité de nos malades. Le sujet ne peut dormir parce qu'il souffre : les douleurs de tête lui interdisent tout repos. Une de nos malades (obs. VI) ne se couchait même plus, les douleurs devenant extrêmes dès qu'elle reposait la tête sur l'oreiller, et il se produisait, à ce moment, des élancements comparables à des coups de marteau frappés sur le crâne. Sans atteindre cette acuité le manque de sommeil est presque général. De temps en temps seulement, quelques moments d'assoupissement, bien courts et vite dissipés par une recrudescence de douleur, l'apparition d'élancements douloureux ou de cauchemars. Nous avons souvent, en effet, trouvé, chez nos malades, la présence de cauchemars violents, agitant le malade, lui faisant pousser des cris au point d'effrayer son entourage et finalement contribuant à empêcher le sujet de dormir.

Le manque d'appétit se rencontre fréquemment aussi. Cela se conçoit bien, étant donné la violence de la céphalée. Le malade n'a plus de goût pour les aliments, il ne se sustente plus. Chez l'un de nos malades (obs. VIII) cette inappétence était telle, qu'en un an, il avait perdu 42 livres.

Il est facile de se représenter l'état d'un malade atteint de vertiges constants, souffrant parfois d'une façon atroce, privé de sommeil, affaibli par le manque de nourriture. Les maux de tête ne lui laissent aucun répit. La mémoire diminue parfois au point qu'après une lecture il ne se rappelle plus ce

qu'il a lu. Le moral finit forcément par se ressentir de cette atteinte de l'organisme. Il devient nerveux à l'extrême, un rien l'irrite. Il est grognon, taciturne, en proie à des idées tristes. Son caractère change complètement.

L'état général devient mauvais et l'on peut juger alors quelle délivrance c'est pour le malade, quand le médecin, en appliquant le traitement mercuriel, lui donne enfin un repos qu'il ne connaissait plus depuis longtemps.

## PATHOGÉNIE

La céphalée syphilitique ophtalmoplégique dont nous venons d'étudier les éléments, est donc un fait clinique, une observation clinique. Mais une question peut et doit se poser maintenant. A quoi correspond ce syndrome? De quelles lésions est-il la marque.

Dans le titre même de notre sujet, nous avons joint au mot céphalée, le qualificatif syphilitique. La céphalée de nos observations relève bien en effet de cette infection.

Parmi les 11 malades que nous avons étudiés en détail, la plupart étaient franchement syphilitiques. Sur 5 hommes, 3 avaient eu un chancre autrefois, et un quatrième présentait un nezhérédo-syphilitique type ; chez 1 seul homme nous n'avons pu retrouver d'antécédents syphilitiques. Sur 6 femmes, une avait eu un chancre syphilitique, une seconde fit une méningite spécifique, une troisième dont le mari était syphilitique avait eu 5 fausses couches. Chez les 3 autres on ne put retrouver aucun signe de syphilis, mais on sait que la syphilis peut passer inaperçue, surtout chez la femme, et chez ces 2 malades, le

traitement mercuriel fit disparaître la céphalée.

C'est cette efficacité du traitement mercuriel qui constitue la seconde preuve de la spécificité du syndrome. Chez les 11 sujets que nous avons examinés nous-même, 9 ont été guéris plus ou moins rapidement de leur céphalée par les piqûres qui ont été faites. Chez les 2 malades restant, nous n'avons pu constater d'effet satisfaisant du traitement, le premier, ayant eu un chancre syphilitique autrefois, se fait traiter en dehors de l'hôpital, l'autre, porteur d'un nez hérédo-syphilitique type et dont l'examen du liquide céphalo-rachidien avait montré une lymphocytose énorme, a été mis dans un service de médecine et est sorti sur sa demande au cours de son traitement.

Si nous avions pu faire la ponction lombaire à chaque malade, l'examen microscopique aurait très probablement fourni une preuve de plus, mais il est difficile de décider à se soumettre à cette piqûre des malades qui ne sont pas alités et qui viennent à une consultation. Deux fois seulement la ponction lombaire put être faite ; 2 fois d'ailleurs il y avait une lymphocytose énorme du liquide céphalo-rachidien.

Il ne peut donc pas y avoir de doutes : nos céphalées sont donc bien d'origine syphilitique.

Les travaux récents ont montré que dans la céphalée syphilitique il y avait toujours une hyperleucocytose intense. Normalement, sous l'objectif, on ne trouve à l'examen de liquide céphalo-rachidien qu'un lymphocyte, rarement deux, quelquefois pas du

tout (1). On est obligé alors, pour expliquer cette hyperleucocytose, d'admettre qu'il y a irritation méningée. Les méninges sont enflammées, il y a méningite, méningite torpide, discrète si l'on veut, dont la céphalée est le symptôme.

M. Clovis Vincent, dans sa thèse inaugurale sur *Les Méningites chroniques syphilitiques*, voit dans la présence des éléments figurés que l'on trouve en ce cas, une preuve de chronicité de l'affection. La formule leucocytaire est celle qu'on trouve dans tous les processus chroniques : tuberculose, au pourtour des cellules géantes, sporotrichoses, mycoses d'une façon générale.

Pour lui-même, une telle lymphocytose suppose une infiltration des espaces arachnoïdiens : et, en effet, en examinant des racines nerveuses, des fragments de circonvolutions cérébrales chez des tabétiques en évolution, il trouva cette infiltration dans la pie-mère et les espaces conjonctifs de certains nerfs, qui, très souvent cependant, n'étaient pas paralysés. Il y avait donc « une méningite, une périnévrite, une endonévrite énorme, mais pas encore assez intense probablement pour déterminer une altération du nerf ou du cerveau se traduisant par des troubles ».

Ceci expliquerait comment, chez nos malades, il y avait depuis longtemps une réaction méningée, et

1. Nous avons emprunté ces renseignements et une partie de ceux qui suivent à l'ouvrage de M. Vincent, *Méningites chroniques syphilitiques*.

par suite céphalée, sans qu'il y ait paralysie. Si, à ce moment-là, on avait ponctionné les malades, il est probable qu'on aurait décelé la méningite. « C'est ainsi que M. Nageotte a décelé, chez un de ses malades, la lymphocytose rachidienne bien avant le signe de Robertson, et que M. Sicard a pu, une fois, dépister une paralysie générale progressive qui devait évoluer six mois plus tard (1) ».

Le sujet atteint de céphalée fait donc de la méningite. Mais cette méningite ne se manifestera-t-elle que par de la céphalée ? Il est possible, il est même probable que les nerfs en contact continu avec des méninges irritées puissent à un certain moment être lésés. N'avons-nous pas vu déjà que chez des méningitiques tabétiques, M. Vincent a trouvé une infiltration leucocytaire énorme dans des nerfs non encore paralysés.

Il nous semble donc très raisonnable d'admettre que ces nerfs se sont finalement trouvés lésés, que sur eux se sont greffés des lésions de névrite transverse radiculaire, dont M. Tinel (2) explique l'apparition par l'organisation du dépôt de leucocytes amassés dans la gaine du nerf par la circulation du liquide céphalo-rachidien. C'est alors qu'a apparu la paralysie. La succession en temps de la céphalée et de l'ophtalmoplégie ne serait alors que la reproduction clinique de la succession en lésions de la méningite et de la névrite.

---

1. Clovis Vincent, *Des Méningites chroniques syphilitiques.*
2. Jules Tinel, *Radiculites et Tabes.*

Il faut noter enfin que souvent après l'évolution d'une céphalée syphilitique ophtalmoplégique, apparaissent certains signes de lésions nerveuses plus graves. C'est ainsi que dans nos observations, on trouvera noté souvent de la paresse des réflexes pupillaires, de l'Argyll-Robertson net, de la diminution d'intensité des réflexes patellaires et leur disparition.

Il semble que l'affection, traduite par la céphalée syphilitique ophtalmoplégique, n'a été que calmée chez certains sujets, qu'elle est repassée à l'état discret, et qu'elle évolue en silence. Tel est le cas d'une de nos malades (obs. III).

En 1904, elle a une crise méningée très accentuée, maux de tête, vertiges. Hospitalisée trente-trois jours à Bichat. Pas de traitement spécifique. Elle sort améliorée un peu de l'hôpital. Mais l'état général reste mauvais.

En 1909 (janvier), seconde crise méningée très forte. Lymphocytose énorme. Céphalées. Diplopie. Pas d'Argyll-Robertson. Pas d'abolition des réflexes patellaires.

A la fin de février elle sort guérie (traitement mercuriel). Plus de céphalées, plus de diplopie.

Décembre 1909. — Réflexes patellaires et achilléens sont abolis. Pupilles égales mais petites. Réflexes pupillaires bons. Romberg.

Juillet 1910. — Réflexes patellaires et achilléens abolis. Argyll-Robertson du côté droit. Réflexe paresseux à gauche. Romberg.

La malade qui a guéri cependant de sa céphalée syphilitique ophtalmoplégique fait donc du tabes actuellement.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la céphalée syphilitique ophtalmoplégique est des plus faciles en général.

La céphalée sera découverte avec tous ses caractères par une interrogation soigneuse du malade. Souvent d'ailleurs, celui-ci va au-devant des questions, et parle de ses maux de tête avant qu'on lui ait demandé s'il en avait.

Pour l'ophtalmoplégie, la chose est simple également. Quand le strabisme, le ptosis existent, le diagnostic est d'une extrême simplicité. Il n'y a qu'à regarder. Quand il n'y a que de la diplopie le diagnostic est facile encore. Si le malade affirme catégoriquement qu'il voit double, la question est tranchée. Mais souvent il ne se rend pas compte de sa diplopie, il voit trouble ; l'emploi d'un des moyens courants connus et déjà indiqués feront mettre cette diplopie en évidence, et permettront même de reconnaître le muscle paralysé, et par suite le nerf atteint. Il faudra dans ce cas également constater si le trouble de la vision n'est pas dû à une mydriase ou à une paralysie de l'accommodation.

Il y a donc céphalée avec ophtalmoplégie, donc céphalée ophtalmoplégique. Mais est-elle syphili-

tique ? Il faut rechercher alors les caractères spéciaux de la céphalée syphilitique, les commémoratifs de syphilis du sujet. Les lésions syphilitiques qu'il peut présenter actuellement, faire la réaction de Wassermann, pratiquer quand on le peut la ponction lombaire. On arrivera ainsi à posséder un certain nombre de preuves de la nature syphilique du syndrome et que viendront bientôt confirmer les résultats du traitement mercuriel, qui, en cas de doute, doit toujours être tenté.

Il est cependant une affection qui présente avec la céphalée syphilitique ophtalmoplégique de nombreux points de ressemblance, et de laquelle nous devons la différencier. Nous voulons parler de la migraine ophtalmoplégique.

Cette affection est caractérisée par une névralgie d'un côté de la tête dans la zone du trijumeau (sourcil, front, tempe, occiput), bientôt suivie d'une paralysie passagère du moteur oculaire commun avec ptosis, strabisme divergent et mydriase paralytique.

Cette affection commence dans le jeune âge, survient par accès, trois ou quatre fois par an, tous les mois ou toutes les semaines. Les périodes paralytiques augmentent de durée en se répétant. L'amélioration est très rare.

Ces caractères la distinguent de la céphalée syphilitique ophtalmoplégique. La céphalée a des caractères différents : elle est persistante, ne cède pas au moment où apparaît la paralysie, ne s'en va qu'avec le traitement spécifique.

Les caractères différentiels des deux ophtalmoplégies sont encore plus tranchés. En général, en cas de migraine, le moteur oculaire est pris en entier. Dans la céphalée syphilitique ophtalmoplégique, une ou plusieurs branches seulement du nerf moteur oculaire commun sont prises ; dans une seule de nos observations, le nerf a été frappé dans sa totalité.

D'autre part, dans le syndrome que nous étudions, le domaine des paralysies est beaucoup plus étendu. Le moteur oculaire externe, le pathétique peuvent être touchés également.

Enfin, cette paralysie beaucoup plus étendue ne disparaît pas progressivement pour revenir avec les céphalées, comme chez le migraineux. Elle cède, quand on applique le traitement mercuriel uniquement. Il est vrai que la paralysie de la migraine ophtalmique peut devenir permanente avec la répétition des accès : mais, alors, cette répétition même éclaire le diagnostic.

Cependant, malgré ces différences dans l'évolution clinique, on ne peut s'empêcher de remarquer une certaine analogie entre la migraine ophtalmoplégique et la céphalée syphilitique ophtalmoplégique surtout quand l'ophtalmoplégie porte sur le moteur oculaire commun. D'ailleurs, les quelques autopsies qui ont été faites de migraines ophtalmoplégiques nous ont montré l'existence de lésions à la base du crâne ou sur le trajet de la troisième paire, comme il y en a dans la céphalée syphilitique ophtalmoplégique. Il

n'y aurait alors de différence, en ce cas, que dans la nature des lésions méningées et nerveuses.

Avec la migraine ophtalmoplégique, nous devons encore différencier de la céphalée syphilitique ophtalmoplégique, surtout les paralysies diabétiques.

Dans le diabète, la paralysie oculaire siège surtout sur le moteur oculaire commun. Mais les autres signes du diabète, la présence du sucre dans l'urine, les variations de la céphalée en rapport avec les variations du taux de glucose, indiqueront l'origine diabétique.

Dans le tabes, grâce à la présence des autres symptômes tabétiques, on attribuera à ce tabes et non pas à une autre cause, les paralysies oculaires accompagnées de céphalées, d'ailleurs relativement rares.

## PRONOSTIC

De l'étude que nous venons de faire, se dégage le pronostic que l'on peut porter sur la céphalée syphilitique ophtalmoplégique.

Le pronostic immédiat, rapproché, est bon. La paralysie guérit, la céphalée guérit. Après un traitement mercuriel, plus ou moins long selon les cas, le syndrome s'efface. Mais pour le pronostic éloigné, la question est tout autre. Le fait que la paralysie oculaire apparaît après la céphalée est l'indice, nous l'avons vu, de la marche envahissante du processus syphilitique. Le traitement guérit bien, entrave la paralysie, il fait disparaître la céphalée. Mais céphalée et paralysie ne sont que des symptômes : le mal est-il détruit radicalement ? Ne se manifestera-t-il pas à nouveau plus tard ? C'est une question à laquelle, actuellement, il n'y a pas de réponse. Peut-être certains malades sont-ils guéris pour toujours ? Peut-être certains autres feront-ils des accidents plus graves ? C'est pourquoi le pronostic doit être très réservé, car on ignore si le malade ne finira pas hémiplégique, tabétique ou paralytique général.

## TRAITEMENT

Nous avons dit que la céphalée syphilitique ophtalmoplégique était la marque de l'empreinte de la syphilis sur les centres nerveux. Elle peut donc être considérée comme un premier avertissement que nous donne la syphilis cérébrale. Il faut en profiter et appliquer immédiatement le traitement spécifique de l'affection.

Dans le service de M. Poulard, après trois injections de cyanure de mercure (1 cgr.) qui ont pour but de tâter la tolérance du malade pour le mercure, on fait, une fois par semaine, pendant sept semaines des injections d'huile grise, de 5 à 7 divisions de la seringue de Barthélemy, selon le poids du malade.

Le malade, d'autre part, n'est jamais perdu de vue, sa fiche est gardée à la consultation, et il lui est loisible de venir y continuer son traitement. Guérir l'accident actuel en effet n'est pas tout, il faut penser à l'avenir, l'atteinte des centres nerveux indiquant, chez le malade, une prédisposition de la syphilis pour son système cérébral, et pouvant faire craindre pour plus tard des accidents d'une gravité plus grande.

# OBSERVATIONS

## DE CÉPHALÉE SYPHYLITIQUE OPHTALMOPLÉGIQUE

Nous avons relevé sur les cahiers du service d'ophtalmoplégie de Beaujon tous les cas de paralysie oculo-motrice (troisième, quatrième, sixième paire) qui se sont présentés à la consultation dans ces quatre dernières années. Sur 81 cas d'ophtalmoplégie, 36 s'accompagnent de céphalées, soit une moyenne de 44 o/o.

Sur ces 36 céphalées ophtalmoplégiques, combien d'entre elles peuvent-elles être rattachées à la syphilis ? Pour rester dans les limites de la certitude clinique, nous avons écarté tous les cas, où, quoique la marche de l'affection pût y faire penser, l'absence de commémoratifs, l'ignorance des résultats du traitement spécifique, la non-existence d'une réaction probante comme la réaction de Wassermann, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ne permettaient pas de rattacher, sans doute possible, l'affection à la syphilis.

Nous avons pu cependant de ces 36 cas de céphalées ophtalmoplégiques en extraire 19 qui méritent bien, croyons-nous, l'adjonction du qualificatif :

syphilitique. C'est déjà une moyenne de 53 o/o. Mais c'est un minimum. Nous avons, en effet, la conviction, que, si nous avions pu revoir les malades dont nous avons dû écarter les observations, connaître les résultats chez eux du traitement qui leur a été appliqué, chose qu'il nous a été impossible de faire, cette moyenne s'élèverait encore d'une façon considérable.

Nous donnons maintenant nos observations de « céphalée syphilitique ophtalmoplégique ».

### OBSERVATION I (Personnelle)

*Céphalée et paralysie du moteur oculaire commun*

Rose M..., âgée de cinquante ans, se présente à la consultation, le 2 juillet, avec un fort ptosis de la paupière droite.

Mari bien portant.

Quatre enfants morts en bas âge de méningite.

Jamais de fausses couches.

Jamais de grosses maladies. Coliques hépatiques, souffre d'entérite.

N'a jamais eu d'éruption sur le corps, jamais mal à la gorge ou dans la bouche.

Pas de signes de spécificité.

La maladie actuelle a débuté par une céphalée intense, il y a un mois environ. Ses douleurs de tête sont fortes à crier, dit-elle ; d'abord localisées à la région occipitale droite, elles le sont actuellement à la région frontale droite. Il semble qu'un étau lui enserre la tête ; les compresses, appliquées

sur le front dans le but de la soulager, ne font qu'augmenter cette sensation.

Ces douleurs sont continues, présentant des exacerbations nettes vers minuit quelquefois, mais surtout vers 4 heures du matin.

Le sommeil est impossible, cauchemars nombreux. Appétit très diminué au début, actuellement un peu meilleur.

Il y a six jours exactement, la malade s'aperçoit qu'elle voit double.

Il y a quatre jours, brusquement, la paupière droite tombe : elle ne peut plus la relever.

*Examen.* — La paupière recouvre le globe de l'œil ; en contractant fortement son frontal, la malade arrive à découvrir à peu près le tiers inférieur du globe oculaire.

La paupière relevée à la main, on aperçoit l'œil droit dévié en dehors ; il reste fixé dans cette position et ne peut se porter ni en haut, ni en bas, ni en dedans. Donc, paralysie du moteur oculaire commun droit.

Pupille dilatée à droite.

Le réflexe pupillaire est conservé à gauche, très peu prononcé à droite, très paresseux.

Réflexes patellaires et achilléens conservés.

Bruits du cœur, bons. Pouls à 68.

La malade est mise au traitement mercuriel. Piqûre de benzoate de Hg, tous les jours.

4 juillet. — Deux piqûres ont été faites. Pas de changement notable dans l'état de la malade.

7 juillet. — Le strabisme a un peu diminué. La paupière se lève mieux, découvrant, sans effort apparent, la moitié du

globe. Maux de tête bien améliorés ; fortes douleurs de tête, lundi dernier encore. Depuis ce temps, simple douleur de tête qui, aujourd'hui, n'existe plus.

9 juillet. — La paupière se lève bien et découvre tout le globe. Les maux de tête ne sont plus représentés que par des petites douleurs, que la malade dit n'être rien à côté de ce qu'elles étaient auparavant. Le strabisme est très amélioré quoique bien apparent encore. La diplopie a disparu pendant quelques heures la veille au soir. Elle a réapparu ce matin.

14 juillet. — La paupière se relève très bien et entièrement.

L'œil est revenu à sa position normale.

Plus de maux de tête : de temps en temps seulement, légère sensation de pesanteur.

Sommeil bon, appétit bon.

Douze piqûres de benzoate (2 cgr.) ont été faites. On lui conseille de les continuer encore quelque temps.

25 juillet. — Guérison totale. Bon état général. Plus de maux de tête.

4 août. — Vingt piqûres de benzoate ont été faites à la date du 30 juillet. Guérison complète.

## OBSERVATION II (Personnelle)

### *Céphalée avec diplopie, atrophie optique, et signe d'Argyll-Robertson*

Marie J... se présente à la consultation le 30 septembre 1910, pour de violents maux de tête et une diminution rapide de son acuité.

Mariée à l'âge de vingt-deux ans. Pas d'enfant. Pas de fausses couches.

Mari bien portant.

Deux ans avant son mariage, elle a eu un chancre génital accompagné d'une forte éruption, de maux de tête, de surdité.

Il y a quatre ans, attaque de sciatique, puis apparition de maux de tête très forts.

Ce sont des douleurs sourdes « profondes » (c'est le mot de la malade elle-même). Elles sont franchement localisées au front et aux deux tempes. Les douleurs ne durent pas toute la journée apparaissent seulement par instant, mais quand elles apparaissent, elles obligent la malade à garder le lit.

L'appétit a considérablement diminué.

Le sommeil est encore possible, les douleurs de tête apparaissant à intervalles assez longs. Ce sommeil est d'ailleurs rendu pénible par de nombreux cauchemars qui la font crier et se débattre au point d'effrayer son entourage.

Elle consulte pour ses maux de tête et pour des douleurs sciatiques, qui n'ont en rien l'apparence de douleurs fulgurantes tabétiques. Des cachets pour sa céphalée la calment, sans la faire disparaître.

Quelque temps après l'apparition des maux de tête (deux à trois mois), survient la diplopie. L'œil gauche est dévié en dedans. On lui ordonne des frictions avec une pommade noire, à faire tous les jours alternativement sur chaque membre (onguent napolitain très probablement). Les maux de tête diminuent rapidement, deviennent moins fréquents et moins forts. Séances d'électricité pour sa diplopie. Celle-ci

disparaît en six semaines. Elle n'en continue pas moins, avec intervalles de repos, l'application de sa pommade noire pendant dix-huit mois.

Il y a quatre mois, réapparition de la céphalée. En peu de temps, les maux de tête reviennent aussi violents que la première fois, et bientôt plus violents. Ils durent toute la journée, représentés tantôt par une simple lourdeur de tête, tantôt par des élancements violents, et localisés comme auparavant à la région frontale. Exacerbations tantôt le jour, tantôt la nuit.

Le sommeil est difficile. Quelques instants de repos, une heure parfois, interrompus par les douleurs. La malade cherche en vain une position qui lui permette de reposer.

L'appétit n'existe plus.

Vertiges fréquents, surtout en traversant les rues.

Pas de diplopie.

Sept piqûres d'huile grise. Repos. Les maux de tête qui s'étaient calmés un peu, redeviennent violents pendant la période de non-traitement.

A l'examen, Argyll-Robertson des deux yeux. Les pupilles sont absolument immobiles à l'éclairage. De plus, elles sont déformées, à forme triangulaire, la gauche un peu plus grande.

Réflexes rotuliens et achilléens faibles, mais ils existent.

Acuité visuelle est de 1/10 des deux yeux, sans modification par les verres.

A l'ophtalmoscope, teinte grise très prononcée d'atrophie optique.

La malade est remise aux piqûres.

## OBSERVATION III (Personnelle).

*Diplopie. — Méningite spécifique*

Marie M... est amenée à la consultation du service du Dr Lacombe sur un brancard.

Père mort à cinquante-six ans d'une congestion.

Mère bien portante, deux frères bien portants.

Otite à dix ans. Mariée à vingt-deux ans. Une fille, âgée actuellement de seize ans, bien portante. Une fausse couche de six mois ensuite.

Mari alcoolique, s'est suicidé en 1903, de caractère bizarre.

En décembre 1904, crise méningée très accentuée. Cette crise a commencé par des maux de tête violents suivis bientôt de vertiges. Hospitalisation pendant trente-trois jours à Bichat. Pas de traitement mercuriel. Amélioration progressive, mais pas guérison complète. En effet, depuis sa sortie de Bichat, en 1904, jusqu'à son entrée à Beaujon en 1908, elle a continuellement souffert de maux de tête et de vertiges.

Ces vertiges apparaissent dix, vingt fois par jour et presque tous les jours pendant ces quatre ans; il y a parfois une véritable sensation de chute qui dure quelques instants.

Les maux de tête sont continus, durant jour et nuit, mais beaucoup plus forts la nuit, non atténués par les calmants ordinaires. C'est une douleur intense, siégeant à la partie fronto-pariétale droite de la tête. Les exacerbations nocturnes réveillent la malade, lui interdisent tout sommeil

régulier. L'appétit n'existe plus. Nausées sans vomissement, parfois tous les jours, après les vertiges.

Donc, état général très mauvais, quand, en décembre 1908, il se produit une brusque aggravation de tous les symptômes.

13 décembre. — Les maux de tête deviennent d'une violence extrême ; la malade est obligée de s'aliter. Quelques jours auparavant, il y avait eu de forts maux d'estomac sans vomissement. La diplopie apparaît à ce moment (paralysie du droit externe).

18 décembre. — Vomissements presque continuels. Potions calmantes.

La malade est amenée à Beaujon, salle Gubler (en janvier 1910). Les vomissements, maux de tête, vertiges, diplopie, persistent encore. La malade est abattue, somnolente, ne peut pas se tenir debout. Obnubilation forte, mais, cependant, la malade garde la sensation de son état.

7 janvier. — Première ponction lombaire. Lymphocytose énorme. On la met immédiatement au traitement mercuriel. Piqûre journalière de biiodure.

11 janvier. — On l'amène à la consultation d'ophtalmologie sur un brancard.

Diplopie par paralysie du droit externe de l'œil gauche.

Pas de paralysie intrinsèque. Pas d'Argyll.

Réflexes patellaires sont conservés.

Les maux de tête sont déjà très atténués.

28 janvier. — La malade se lève, et se sent notablement mieux.

2 février. — Il persiste des douleurs de nuque. Deuxième ponction lombaire. (Résultat ignoré.)

3 février. — Il a été fait 13 piqûres de biiodure. L'amélio-

tion s'accentue. Les vomissements ont disparu. Les maux de tête sont très atténués. La malade ne souffre plus que de temps en temps. Sa mémoire lui paraît s'affaiblir. Les vertiges persistent, mais la malade se dirige facilement. Diplopie présente toujours les mêmes caractères.

15 février. — Toujours même diplopie.

20 février. — La malade sort de l'hôpital.

Quinze piqûres journalières ont été faites.

Une semaine de repos.

Puis dix autres piqûres.

28 février. — Depuis sa sortie, la malade se sent très bien. Quelquefois, des maux de tête, mais modérés. La diplopie n'existe plus, sauf cependant quand elle est très fatiguée. État général bon.

La malade vient se faire faire des piqûres dans le service.

Décembre 1909. — Réflexes patellaires et achilléens sont abolis, cependant ce signe n'est pas net, car on ne peut obtenir le relâchement complet des muscles.

Romberg.

Pas de talonnement.

Réflexes pupillaires sont bons. Pupilles égales, mais petites.

Juillet 1910. — Abolition nette des réflexes patellaires et achilléens.

Signe de Romberg net.

Argyll-Robertson du côté droit.

Réflexe très paresseux à la lumière, à gauche, et inconstant.

## OBSERVATION IV (Personnelle)

*Céphalée et mydriase*

Jeanne B... vient à la consultation de médecine de Beaujon, pour de violents maux de reins : albumine dans l'urine. Le médecin consultant remarque une inégalilé pupillaire, et l'envoie à la consultation d'ophtalmologie. Après examen, on ne trouve rien, sauf une mydriase droite. On lui recommande de revenir, s'il survient quelque chose d'anormal.

Le lendemain même, apparition des maux de tête. Ce sont des céphalées très violentes n'existant pas la nuit. Elles commencent surtout le matin, dès que la malade se lève. Les douleurs s'accompagnent de vertiges. La malade ne peut faire un mouvement brusque, sans que la tête lui tourne. Il lui est très pénible pour cette raison de traverser une rue, car elle a toujours peur d'être écrasée.

Les douleurs sont nettement localisées au sommet de la tête. Cependant, la malade peut dormir, car, la nuit, les maux de tête apparaissent rarement.

La malade revient à la consultation. On constate toujours la même mydriase droite. On met la malade aux piqûres : trois piqûres de cyanure de mercure, tous les deux jours, puis piqûres d'huile grise.

Juillet 1910. — Les maux de tête sont calmés depuis longtemps et disparus. Les vertiges persistent, mais sont cependant atténués.

Mydriase droite persiste.

Réflexes pupillaires paresseux, mais existent.

A droite, le réflexe patellaire ne peut être éveillé ; à gauche, il est ébauché.

## OBSERVATION V (Personnelle)

*Céphalée. — Paralysie incomplète de la troisième paire*

Georgette V... vient à la consultation parce que, depuis quatre jours, la paupière supérieure de l'œil gauche est tombante.

Pneumonie autrefois.

Fièvre palustre il y a cinq ans, pendant quarante-deux jours. Mariée à dix-huit ans. Le mari a eu une laryngite spécifique, survenue après une roséole.

Cinq fausses couches avec albuminurie.

Nouvelle apparition de l'albumine dans l'urine il y a quelques mois. Actuellement il n'y en a plus.

Depuis très longtemps, la malade souffrait de la tête d'une façon constante. Cette céphalée ne présente pas de paroxysme net, mais la malade la dit nettement plus intense le jour. Elle n'en existe pas moins la nuit et est encore assez forte pour empêcher le sommeil. D'ailleurs, des cauchemars nombreux viennent encore interrompre ses courts moments d'assoupissement.

La douleur est nettement localisée à la région occipitale et au sommet de la tête.

Le caractère de la malade change. Elle devient taciturne, grognon, irritable. Un rien l'énerve, elle est triste sans cause.

Il y a quatre jours, au matin, elle s'aperçoit que sa pau-

pière supérieure gauche couvre davantage l'œil que celle du côté opposé. Progressivement, en quatre jours, elle tombe complètement, masquant l'œil gauche.

Elle n'avait jamais rien eu aux yeux auparavant. A l'examen on remarque :

*A gauche.* — Un ptosis total. L'action supplémentaire du frontal permet un peu de soulèvement. Myosis, signe d'Argyll-Robertson. Acuité visuelle 8/10.

*A droite.* — Signe d'Argyll-Robertson, myosis. Des deux côtés, le champ visuel est normal. Pas de réflexes patellaires. Pas de Romberg. L'œil gauche n'est pas dévié en dehors, tout au moins à la vue, car il y a de la diplopie. Donc paralysie de la troisième paire, incomplète ; Wasserman positif. On met la malade au traitement mercuriel.

Novembre 1909. — La malade a reçu 4 piqûres de cyanure de mercure et 6 d'huile grise.

L'amélioration s'est fait sentir rapidement dès les premières piqûres.

Depuis trois semaines, les maux de tête, la diplopie et le ptosis ont disparu.

La malade dort bien, mange bien, elle engraisse.

Janvier 1910. — Réapparition de quelques douleurs de tête et gêne de la paupière gauche. On la remet au traitement mercuriel.

Août 1910. — Revient pour une conjonctivite légère de l'œil gauche. Le ptosis, la diplopie, les maux de tête n'ont pas réapparu.

## OBSERVATION VI

### *Céphalée et mydriase*

Clémence R...,quarante-cinq ans,se présente à la consultation de Beaujon, le 2 juin 1910, pour des maux de tête, et parce qu'elle a constaté elle-même que sa pupille droite est dilatée, beaucoup plus grande que la gauche.

N'a jamais eu de grosses maladies.

Mari bien portant.

Une fille bien portante.

Une fausse couche.

Aucun signe net de spécificité.

En mars 1910 débutent les céphalées, qui arrivent rapidement à leur maximum. Ces maux de tête durent la nuit et le jour, avec des exacerbations de temps en temps, dans la journée, mais pas la nuit.

Ces maux de tête sont localisés au front et à l'occiput ; ils existent légers au sommet de la tête,mais n'envahissent pas les régions pariétales. Il y a donc une bande douloureuse antéro-postérieure, avec douleurs plus marquées aux extrémités (front et occiput).

Ces maux de tête sont intenses,continus, donnant la sensation d'un étau qui écraserait la tête.

La malade ne repose pas la nuit. Elle ne peut reposer la tête sur l'oreiller sans que les douleurs augmentent de violence. Si elle remue la tête un peu brusquement, elle éprouve des élancements comparables à des coups de marteau, frappés sur le crâne.

Le sommeil est devenu impossible; la malade ne se couche plus.

L'appétit a disparu totalement.

Vomissements survenant sans efforts, sans hoquets, deux à trois fois par semaine.

En juin, la malade s'aperçoit qu'elle voit moins nettement de l'œil droit, et constate, en se regardant dans une glace, que que sa pupille droite est très dilatée ; elle vient à l'hôpital.

A l'examen, la pupille gauche apparaît intacte ; la pupille droite est très dilatée. La vue est trouble de ce côté.

La malade est mise au traitement mercuriel : 3 piqûres de cyanure de mercure par semaine.

7 juillet. — Quinze piqûres ont été faites ; la pupille droite est revenue à son état normal. La vue est récupérée aussi de ce côté, mais incomplètement.

Les douleurs de tête ont diminué rapidement. Elles n'existent plus dans la région occipitale. En avant, la malade les perçoit encore sous la forme d'une légère pesanteur, mais très considérablement diminuées.

Le sommeil est revenu, l'appétit également. La malade repose bien, n'a plus de vomissements.

La pupille gauche réagit bien, la droite aussi, un peu paresseusement cependant.

28 juillet. — La malade, qui avait fini sa série de piqûres, revient quinze jours après, pour qu'on en recommence une autre. Les maux de tête ont réapparu, et la pupille droite est légèrement dilatée à nouveau.

8 octobre. — La malade continue une troisième série de piqûres. Plus de mydriase, plus de maux de tête.

## OBSERVATION VII (Personnelle)

*Diplopie et céphalée*

L..., trente ans, vient à la consultation parce qu'il voit double.

Il a eu la syphilis, il y a dix ans.

Il s'est soigné régulièrement pendant cinq ans, puis, tous les ans, fait une série de piqûres.

En 1909, au mois d'août, il a eu une crise de céphalées qui a duré environ deux mois.

Ces maux de tête duraient le jour et la nuit, nettement localisés à la région occipitale. C'était une douleur violente, tenaillante, à peine calmée et pendant peu de temps par des cachets d'antipyrine. La céphalée marquait un maximum net vers 5 heures du soir. Le matin elle était moins violente.

Le sommeil était irrégulier, entrecoupé de moments d'insomnie beaucoup plus fréquents et plus longs que les moments de repos. Nombreux cauchemars.

Il y a fréquemment du vertige. Une vingtaine de fois par jour, pendant une minute environ, le malade « se sent partir ».

Le sujet est très déprimé.

Il va à Saint-Louis ; là, le traitement mercuriel qu'on lui applique le débarrasse de tout.

Quand le malade vient à Beaujon, il voit double et trouble depuis quatre jours. Le matin, en se levant, il a constaté sa diplopie. Comme il est coiffeur de son métier, il est très gêné. Il cherche ses fers à 10 centimètres de leur place, et il a brûlé deux de ses clientes à l'oreille.

La céphalée n'a pas réapparu.

Diplopie par paralysie du droit externe et du grand oblique de l'œil droit.

Pas d'Argyll-Robertson, pas d'inégalité pupillaire.

Les réflexes patellaires sont bons.

Le Wassermann est négatif.

La vue n'a pas baissé. L'état général est bon. On le met aux piqûres d'huile grise et on lui donne de l'iodure de potassium à prendre à l'intérieur.

La diplopie diminue rapidement avec le traitement. La série de piqûres finie, on fait une série de frictions mercurielles. La diplopie disparaît complètement. Il se repose un mois, puis fait une série de frictions.

Août 1910. — Le malade vient se montrer à la consultation. Son état est bon. La céphalée et la diplopie n'ont pas réapparu. Le malade se soigne d'ailleurs très bien. Frictions mercurielles avec iodure de potassium, dans l'intervalle des séries.

## OBSERVATION VIII (Personnelle)

*Céphalée. — Diplopie. — Cataracte*

Eugène W..., soixante et onze ans, vient à l'hôpital le 21 janvier 1910, pour des maux de tête intenses et de la diplopie.

Aucune maladie grave antérieure.

Pas d'antécédents de syphilis.

La céphalée actuelle a débuté il y a approximativement douze mois. La douleur a commencé d'abord à la région de

la nuque et à l'occiput. On applique des vésicatoires sur la région douloureuse (douleurs rhumatismales,dit-on).

Mais les douleurs, loin de diminuer, augmentent au contraire et se localisent rapidement et définitivement à la région pariétale droite.

C'est une douleur continue, avec exacerbation le soir au début de la maladie, puis uniformément intense ensuite, aussi forte la nuit que le jour.

Le malade ne dort plus, ne mange plus. Depuis le début de son mal, il a maigri de 42 livres. Pas de vomissements.

Trois semaines avant l'arrivée du malade à l'hôpital, donc en pleine céphalée, l'entourage remarque que l'œil droit ne suit plus les mouvements de l'autre, dans les mouvements d'abduction.

Il y a quelques jours, léger écoulement d'oreille à droite ; l'examen otologique ne montre aucune lésion.

Janvier 1910. — Cataracte à gauche.

Paralysie des deux droits externes avec prédominance du côté droit.

Réflexes rotuliens normaux.

Réflexes oculaires normaux.

Le malade est mis au traitement par l'iodure de potassium.

10 mars 1910. — Les maux de tête ont diminué,mais peu. Toujours insuffisance de l'abduction de l'œil droit, un peu moins accentuée cependant.

On met le malade aux frictions mercurielles.

20 mars.— Il a été fait huit frictions à l'onguent napolitain.

Les maux de tête, qui existaient depuis un an, ont presque complètement disparu. Paralysie oculaire très atténuée. Le malade maintenant mange et dort.

17 avril. — Le malade vient de finir un nouvelle série de frictions. Bon état. La céphalée a disparu. La paralysie est très atténuée.

27 juin. — Les maux de tête n'ont pas réapparu. De la paralysie il reste une très légère déviation du globe qu'il faut rechercher avec soin pour la trouver.

13 juillet. — Bon état. Plus de céphalée. La paralysie a disparu.

## OBSERVATION IX (Personnelle)

*Céphalée. — Diplopie*

Auguste D... vient à la consultation, parce qu'il souffre de maux de tête violents, et qu'il a de la diplopie.

A l'âge de dix-sept ans, chancre syphilitique. Éruption sur tout le corps. Il a encore sur le front une éruption papuleuse. jambonnée, qu'il prétend avoir toujours gardée depuis son accident.

Marié deux fois. Onze enfants, dont trois morts assez âgés. Sa femme a eu deux fausses couches.

Depuis son chancre, il est sujet, de temps en temps, à des maux de tête qui durent un jour ou deux, très violents et l'obligeant à s'aliter.

Il y a trois semaines, brusquement, il voit double et est obligé d'interrompre son travail.

Depuis huit jours, les maux de tête deviennent plus forts. Ils sont nettement localisés à la région de l'occiput et de la nuque. Ils existent le jour seulement. La nuit, le malade ne les ressent pas. Ils consistent en une douleur sourde, pro-

fonde, dans la tête, avec parfois des élancements violents vers le soir.

L'appétit est très faible, le sommeil assez bon. Pas de cauchemars.

A l'examen, diplopie par paralysie du droit externe de l'œil gauche.

Le malade est mis aux piqûres d'huile grise, qu'il se fait faire en dehors de l'hôpital.

## OBSERVATION X (Personnelle)

*Céphalée. — Diplopie*

Félix R... vient, le 27 juillet 1910, à la consultation d'ophtalmologie ; il vient du service du Dr Oulmont. Il est atteint de diplopie. Rien de remarquable dans les antécédents. Parents bien portants. Deux sœurs bien portantes.

Depuis un mois, il est atteint de céphalées assez fortes. Ce sont des douleurs passagères, intermittentes, durant un quart d'heure environ, et se produisant quatre à cinq fois dans la journée.

Ces douleurs siègent en couronne sur la tête, respectant le sommet, et marquant un maximum à l'occiput. C'est une sensation de pesanteur, avec de temps en temps, des élancements douloureux.

La céphalée ne présente pas d'exacerbations la nuit : au contraire, elle serait moins forte et plus rare. Les douleurs de tête existent cependant la nuit réveillant le malade, mais, comme elles ne sont que passagères, le sommeil reste relativement bon.

La céphalée s'accompagne de vertige. Lorsque le malade fait un mouvement brusque sur lui-même, il perd l'équilibre. C'est pourquoi il lui est pénible de traverser une rue.

Inquiet de son état, il va voir un médecin. Une potion qui lui est donnée ne produit aucun effet ; des cachets qu'on lui donne ensuite calment les élancements sans faire disparaître les douleurs.

Les symptômes restent donc les mêmes quand, il y a huit jours, brusquement, en ouvrant les yeux à son réveil, il s'aperçoit qu'il voit double. Il vient alors à l'hôpital.

A l'examen, rien au fond de l'œil.

Les réflexes pupillaires sont normaux.

Les réflexes patellaires sont normaux.

Paralysie des muscles droit externe et droit supérieur de l'œil droit.

Une ponction lombaire, faite dans le service du Dr Oulmont, montre une lymphocytose énorme.

On le met au traitement mercuriel. Piqûre de biiodure de mercure tous les jours.

2 août. — Même état, vertige, toujours diplopie.

20 août. — Malgré le traitement, l'état ne s'améliore pas. Il se sent fatigué, et présente à la consultation même une ébauche rapide d'épilepsie jacksonienne.

Le malade est sorti de l'hôpital sur sa demande.

## OBSERVATION XI (Personnelle)

### *Céphalée et diplopie*

C..., quarante ans, vient à la consultation d'ophtalmologie, le 30 novembre 1909 parce qu'il est atteint de diplopie.

Le malade a contracté la syphilis il y a quinze ans et n'a fait d'autre traitement que de prendre l'iodure.

Depuis trente jours, le malade, qui, d'ordinaire, n'avait jamais mal à la tête, commence à souffrir de fortes céphalées. Ces maux de tête sont assez forts sans cependant atteindre l'intensité que l'on trouve souvent. Ainsi la nuit, il peut dormir, sauf cependant lorsque la céphalée présente des exacerbations nocturnes, ce qui arrive parfois, mais non d'une façon courante. A ces moments-là, il semble que le malade reçoive des coups de marteau (élancements douloureux) dans toute la région douloureuse, c'est-à-dire la région du front et des deux tempes. Le malade n'a jamais rien pris pour essayer d'atténuer ces douleurs. C'est alors que subitement, le 30 novembre, un mois après le début de la céphalée, il se met à voir double.

A l'examen, on constate que l'œil gauche est en strabisme interne ; tous les mouvements sont possibles sauf l'adduction.

Au verre rouge, diplopie heteronyme indiquant une paralysie du droit interne de l'œil gauche.

Myosis. Inégalité légère. Pas d'Argyll-Robertson.

Réflexes patellaires et achilléens conservés.

Le malade est mis au traitement mercuriel.

8 février 1910. — Le traitement a produit un effet remarquable. Dès la deuxième piqûre, les maux de tête ont disparu. La diplopie n'existe plus.

20 mars. — Plus de diplopie, plus de maux de tête. Le malade a reçu trois piqûres de cyanure de mercure et neuf piqûres d'huile grise.

19 juillet. — Toujours bon état. Il continue son traitement.

4 octobre. — Très bon état général. Pas de maux de tête, pas de diplopie. Le malade recommence une série de piqûres.

## OBSERVATION XII

(Prise dans les notes du service.)

*Paralysie de la troisième et de la septième paire droites. — Céphalées.*

Jeanne W..., trente-neuf ans, entre le 19 janvier à l'hôpital Beaujon, salle Besnier.

La maladie a débuté, il y a sept ou huit mois, par des maux de tête violents, intermittents, mais apparaissant tous les jours pendant la plus grande partie de la journée, mais assez forts le matin et débutant souvent la nuit vers 1 heure. Quelques jours avant de venir à l'hôpital, agitation, glace sur la tête. En somme, augmentation des maux de tête jusqu'à la violence et l'agitation.

15 janvier. — Chute de la paupière droite.

21 janvier. — Elle est amenée à la consultation d'ophtalmologie dans un état semi-comateux, sur un brancard.

On constate une paralysie du moteur oculaire commun de l'œil droit avec ptosis. Il y a une paralysie faciale du même coté ayant débuté brusquement il y a deux jours. Les membres sont intacts.

On institue le traitement mercuriel.

26 janvier. — Il y a une grande amélioration. Les mouvements de l'œil droit sont en partie récupérés et la paupière commence à relever.

7 mars. — L'œil s'est ouvert et est resté ouvert.

La paralysie faciale, par contre, est devenue complète. La malade sort de l'hopital.

7 mai. — Paralysie faciale totale. Ophtalmoplégie guérie.

## OBSERVATION XIII

(Prise dans les notes du service.)

*Céphalée. — Diplopie.*

Marie M..., quarante-neuf ans, vient à l'hôpital le 10 juillet 1908.

Fausse couche de cinq semaines, il y a seize ans.

Un an après, un enfant atteint de crises nerveuses et de convulsions.

Père mort à trente-quatre ans d'une tumeur cérébrale, à l'hôpital Cochin où il fut trépané. Il avait eu des accès épileptiques et tout son côté gauche était paralysé, un an avant sa mort.

La malade souffre de maux de tête violents. Cette céphalée siège surtout du côté de l'œil droit et dans la région frontale. Elle se plaint aussi de voir double. Cette diplopie a apparu deux jours après la céphalée.

A l'examen, on constate de la paralysie du muscle droit externe de l'œil droit.

On institue le traitement mercuriel.

22 septembre. — Dix injections de cyanure de mercure ont été faites et 4 d'huile grise. On constate une amélioration considérable. Les maux de tête ont beaucoup diminué, et la diplopie est moins accentuée. Cette dernière n'existe pas le

matin, et n'apparaît qu'avec la fatigue. On ne la constate pas à l'examen.

26 octobre. — L'amélioration a continué avec le traitement mercuriel. La céphalée a disparu et elle est actuellement guérie de sa diplopie.

## OBSERVATION XIV

(Prise dans les notes du service)

*Céphalée. — Diplopie. — Ptosis.*

Mme H..., trente-neuf ans, vient à la consultation d'ophtalmologie le 13 septembre 1909.

Comme antécédents : une fausse couche à dix-neuf ans.

A vingt-huit ans, un enfant à terme, sujet à des crises nerveuses.

Elle vient à l'hôpital, parce que sa vue baisse, qu'elle voit double et que la paupière gauche est tombante.

Elle a, depuis six mois, des maux de tête, auxquels s'est ajoutée depuis un mois environ une névralgie faciale gauche.

A l'examen, on constate de la paralysie du droit externe gauche. A gauche, également, existe un fort ptosis.

Les pupilles sont égales et réagissent bien.

L'acuité visuelle est de 3/10 à gauche, normale à droite.

A l'ophtalmoscope, névrite optique et stase à gauche.

On institue le traitement mercuriel.

23 septembre. — Huit injections de cyanure de mercure ont été faites. Céphalée est calmée ; l'acuité visuelle de l'œil gauche est remontée à 5/10.

30 septembre. — Céphalée a disparu. On ne constate plus

de diplopie ni de ptosis. L'acuité de l'œil gauche est redevenue normale. L'état général est très amélioré.

## OBSERVATION XV

(Prise dans les notes du service.)

*Céphalée. — Diplopie.*

Mlle V..., vingt-neuf ans, vient le 22 novembre 1908 à l'hôpital Beaujon.

Elle a contracté la syphilis il y a quatre ans : chancre suivi de roséole. Elle a été soignée avec du sirop mercuriel et quelques injections.

Maladie débute il y a un mois par des maux de tête, puis diplopie.

A l'examen, on constate de la diplopie par paralysie du grand oblique de l'œil gauche.

On institue le traitement mercuriel.

## OBSERVATION XVI

(Prise dans les notes du service.)

*Céphalée. — Diplopie.*

P..., vingt-trois ans, est atteint de maux de tête violents depuis dix jours, augmentant d'intensité de jour en jour. Il s'alite, ne pouvant à peine se tenir debout. On l'amène, de la salle Barth, à la consultation d'ophtalmologie.

A l'examen, inégalité pupillaire avec réflexes conservés.

Diplopie par paralysie du muscle droit externe et grand oblique de l'œil droit.

Ponction lombaire donne une lymphocytose énorme.

On institue le traitement mercuriel.

14 mars 1910. — Toujours un peu de diplopie.

Toujours des maux de tête.

Le malade a reçu deux injections mercurielles.

23 mars. — Huit piqûres journalières.

Maux de tête persistent.

Amélioration nette du côté des yeux.

Le malade est sorti guéri de Beaujon. Il y revient de temps en temps.

## OBSERVATION XVII

(Prise dans les notes du service.)

*Céphalée. — Diplopie. — Névrite optique.*

René M..., vingt-trois ans, vient le 15 mai 1909 à la consultation d'ophtalmologie pour des maux de tête et de la diplopie.

Jamais de grosses maladies.

Jamais de syphilis.

Convulsions à six mois.

En février, il est pris de maux de tête violents, localisés à l'occiput et aux tempes : cinq jours après, apparition de la diplopie.

Ces maux de tête violents persistent malgré un traitement d'un mois et demi par l'iodure de potassium et des frictions mercurielles. Après l'interruption du traitement ioduré, ils n'apparaissent plus que d'une façon intermittente.

15 juin. — Actuellement, malgré huit piqûres d'huile grise,

il a encore un peu de céphalée, mais seulement une heure, à peu près tous les cinq à six jours au réveil. Aucune modification de la diplopie.

1er août. — Après sept piqûres d'huile grise, la céphalée a disparu. La diplopie est améliorée aussi, moins prononcée. Il se plaint d'une baisse de la vue. On trouve des lésions de névrite optique.

## OBSERVATION XVIII

(Prise dans les notes du service.)

*Céphalée et diplopie.*

Joseph R... vient à la consultation d'ophtalmologie, parce qu'il souffre de la tête et voit double.

Le malade est pris, il y a douze jours, de céphalée frontale très violente; quatre jours après, apparaît la diplopie. Cette diplopie est surtout accusée quand il regarde en haut, à droite ou à gauche.

Le sujet nie tout antécédent syphilitique.

Deux frères et deux sœurs bien portants.

Parents bien portants.

Les réflexes patellaires existent. Pas de Romberg, pas d'Argyll-Robertson.

Wassermann positif.

## OBSERVATION XIX

(Prise dans les notes du service)

*Diplopie. — Céphalée.*

Victor G... vient à la consultation de Beaujon, le 6 janvier, pour de la diplopie et de la céphalée.

Les maux de tête datent de trois mois, violents, continuels.

La diplopie a apparu il y a trois semaines. Le malade a eu la syphilis, il y a quinze ans environ, soignée seulement avec 30 pilules et six piqûres.

A l'examen, paralysie complète du droit externe de l'œil droit.

Inégalité pupillaire. Pas d'Argyll-Robertson.

Les réflexes patellaires existent.

Lésions d'iritis datant de trois ans.

20 février 1910. — Le malade est dans le service de M. Debove. Traitement mercuriel. Plus de diplopie. Encore quelques maux de têtes, mais d'intensité considérablement diminuée.

## OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. Poulard.)

*Céphalée et diplopie*

O..., cinquante ans. Céphalées très violentes. Paralysie du grand oblique de l'œil gauche.

Malade a eu autrefois une mastoïdite à gauche, opérée, et qui est guérie.

Oreille droite malade ; écoulement.

Pas de syphilis dans les commémoratifs.

Le traitement mercuriel est conseillé.

4 octobre. — Le traitement mercuriel a été refusé.

Même état. Même diplopie. Même céphalée.

30 octobre. — Le malade s'est décidé à commencer le traitement il y a dix jours. Plus de céphalée. Plus de diplopie.

En somme, guérison, par le traitement mercuriel en dix jours, malgré l'absence de commémoratifs.

## OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. Poulard)

*Céphalée. — Diplopie*

Joseph J..., quarante-huit ans. Syphilis en 1892.

22 décembre 1909. — Paralysie de l'abduction de l'œil gauche. Diplopie. Céphalée. Traitement mercuriel.

12 janvier 1910. — Quinze piqûres faisant en tout 50 centigrammes de biiodure de mercure.

Toujours diplopie et paralysie du droit externe.

4 août. — Neuf piqûres d'huile grise. Diplopie presque entièrement disparue. Maux de tête également.

## OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. Poulard.)

*Diplopie. — Céphalée*

M..., quarante-deux ans, est atteinte de diplopie pour la troisième fois. Les deux premières fois, elle fut très passagère.

Céphalée droite depuis quinze jours.

Paralysie de l'adduction et de l'abaissement de l'œil droit.

Réflexes rotuliens exagérés.

Pas d'antécédents ni de commémoratifs de syphilis.

Traitement mercuriel.

26 juin. — Dix piqûres de cyanure de mercure ont été faites, à la dose de 1 centigramme chacune.

Repos de huit jours.

La céphalée a diminué au bout de huit jours, puis a disparu rapidement.

La diplopie est franchement améliorée depuis six jours.

## CONCLUSIONS

1° La céphalée syphilitique ophtalmoplégique est un syndrome constitué par l'association d'une céphalée syphilitique et d'une paralysie oculo-motrice de nature syphilitique également.

2° Ce syndrome dénote une lésion organique certaine du système nerveux ; il constitue un signe très important de syphilis.

3° Ce sydrome paraît bien être la manifestation d'une méningite syphilitique étendue aux nerfs de la base du crâne.

4° Ce syndrome est souvent le début d'une affection nerveuse diffuse, comme le tabes et la paralysie générale.

5° Le syndrome céphalée ophtalmoplégique peut certainement être réalisé par des lésions cérébrales d'origine autre que la syphilis, mais, dans la grande majorité des cas, il est le fait de la syphilis.

---

Vu : le Président de la thèse,
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

---

Imp. de la Faculté de Médecine Henri Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.
A. Lecœur